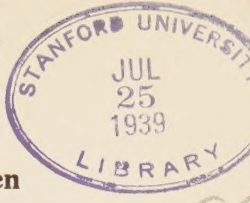
Lane Medical Library



Aus der Universitäts-Kinderklinik Gießen
(Stellvertretender Leiter: Prof. Dr. Frick)

Die Bedeutung der latenten (anikterischen) diffusen Hepatopathie im Kindesalter

DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Gießen

vorgelegt von

Elsbeth Kalbfleisch
geb. Will

aus Gießen

— Gießen 1938 —

Verlagsdruckerei Albin Klein in Gießen
vorm. Wilhelm Keller, gegr. 1605

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät zu Gießen
Referent: Professor Dr. Frick

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154009_0247

Die Bedeutung der latenten (anikterischen) diffusen Hepatopathie im Kindesalter.

Das Krankheitsbild der latenten (anikterischen) diffusen Hepatopathie ist bisher in der Kinderheilkunde kaum beachtet worden. Obwohl immer wieder Kinder mit unklaren Bauchbeschwerden in die Sprechstunde kommen, wird nur selten an eine Lebererkrankung gedacht, die latente Hepatopathie meist nicht erkannt. Tritt bei manchen dieser unklaren Fälle nach einigen Tagen ein Hautikterus auf, so sind die diagnostischen Schwierigkeiten behoben. Bei genauester Beobachtung weist jedoch manchmal schon zu Beginn ein leicht gelblicher Ton der Scleren auf eine Erkrankung der Leber hin. Aber die Fälle, bei denen kein Ikterus auftritt, laufen oft wochenlang unter falscher Diagnose und entgehen so der richtigen Behandlung; denn gerade das Krankheitsbild der anikterischen Hepatopathie bedarf im Gegensatz zu diesen manifest ikterischen Hepatopathien genauester Aufmerksamkeit, um die Diagnosestellung zu ermöglichen.

Daß es ikterische Erkrankungen von den leichtesten vorübergehenden bis zu den schwersten Formen gibt, ist lange bekannt. Auch die akuten Hepatitiden nach Infektionskrankheiten, besonders bei Scharlach, sind häufig beschrieben; dabei ist jedoch der Ikterus stets das führende Symptom. Auch begegnet man in der Literatur immer wieder Abhandlungen über Epidemien von catarrhalischem Ikterus. Selander weist darauf hin, daß es während solcher Epidemien auch Fälle ohne Ikterus „Hepatitis epidemica sine ictero“ gibt, die seiner Meinung nach jedoch wohl meist der richtigen Diagnose entgehen, falls sie nicht im Anschluß an sichere Hepatitisfälle auftreten. Dieselben

Beobachtungen machten auch Popovici-Lupa und Petrescu-Coman bei zwei Epidemien in Budapest. Im Laufe einer Epidemie wird der Verdacht einer Lebererkrankung bei zunächst unklaren Fällen bestimmt eher auftauchen als bei sporadischen Fällen. So kommt aber gerade diesen Fällen die größere Bedeutung zu, und sie werden stets der größeren Aufmerksamkeit bedürfen. Die Erkrankung tritt zu allen Jahreszeiten auf. Es ist aber auffallend, daß sie in den Herbst- und Wintermonaten anscheinend am häufigsten vorkommt.

Soweit ich es übersehen kann, weisen nur Kleinschmidt, Pielsticker und Wolf in der Kinderheilkunde auf diese latenten diffusen Hepatopathien hin. Bei appetitlosen Kindern mit Uebelkeit, Aufstoßen, Kopfschmerzen, Mißstimmung und Mattigkeit sollte man stets, wenn man keine andere Ursache ergründen kann, nach einem Leberschaden fahnden. Häufig wird die Anamnese schon zu dem Verdacht führen, der sich dann meist nach genauerer Untersuchung bestätigen lassen wird. Findet man in solchen Fällen eine vergrößerte, oft druckschmerzhafte Leber (Stauungsleber muß natürlich ausgeschlossen werden), so ist die Diagnose schon ziemlich sicher. Acholische Stühle brauchen keineswegs vorhanden zu sein. Man untersuche dann aber auch stets den Urin, der meist Urobilinogen enthält. So ist für Kleinschmidt die Diagnose, die in der Sprechstunde in einfacher Weise zu stellen ist, gesichert, wenn bei unklaren Leibschmerzen die Probe auf Urobilinogen positiv ausfällt. Für ihn ist diese Reaktion wertvoller in der Diagnosestellung als ein positiver Palpationsbefund, der nach seiner Ansicht subjektivem Ermessen unterworfen ist. Dagegen stehen Wolf und Pielsticker mit ihrer Anschauung, daß die Leber fast regelmäßig vergrößert ist und meist auch druckschmerzhaft. Ist dies nicht der Fall, so sei die Leber doch wenigstens in ihrer Konsistenz vermehrt und gegen die Norm gut palpabel. Auch Pielsticker stellt regelmäßig die Urobilinogenprobe an, die aber auch häufig versagen könne. Für Pielsticker und auch Wolf ist neben der Anamnese die vergrößerte, oft druckschmerzhafte Leber das führende Symptom.

Pielsticker geht sogar noch wesentlich weiter, denn er sagt, daß die rezidivierenden Nabelkoliken auf einer Hepatose be-

ruhen. Kleinschmidt hält es jedoch für unwahrscheinlich, daß die Hepatose es ist, die beim neuropathischen Kind zu solchen Schmerzanfällen führt, wie wir sie als Nabelkoliken kennen. Diese Fälle sollen daher auch in meiner Arbeit nicht berücksichtigt werden. Andere als die vorgenannten Untersuchungsmethoden, die man beim Erwachsenen in der Klinik noch durchführen könnte, eignen sich nicht für die Sprechstunde und kommen auch, bei der relativen Harmlosigkeit der Erkrankung, dem meist sensiblen Kinde gegenüber nicht in Betracht. Wird jedoch aus irgendeinem Grunde zum Beispiel eine Blutsenkung gemacht, so wird das fast immer gelblich gefärbte Serum auch die Diagnose bestätigen. Immer wird nach einem genauen Erheben der Anamnese und einer gründlichen Allgemeinuntersuchung eine sorgfältige Palpation bei größtmöglicher Entspannung der Bauchdecken und eine Urinuntersuchung zu fordern sein. Trotzdem wird es sicher immer einzelne Fälle geben, bei denen man über die Vermutung nicht hinauskommt; hier wird erst die Therapie, wenn sie die erwähnten Erscheinungen zur Ausheilung bringt, die entscheidende diagnostische Klarheit bringen.

Von den Krankengeschichten der Unversitäts-Kinderklinik Gießen sollen nur die Fälle hier genannt werden, die ohne Ikterus zur Behandlung kamen. Diesen gegenüber stehen elf Fälle mit leichtem Ikterus und dreiundzwanzig Fälle mit ausgeprägtem Ikterus.

Fall I:

Der $3^1/_4$jährige Edwin Sch. wird der Klinik überwiesen, da er seit längerer Zeit über unklare Bauchbeschwerden klagt, sehr schlecht ißt und ab und zu auch erbricht. Acht Tage vor der Aufnahme traten erneut plötzlich starke Leibschmerzen auf und darauf Durchfall. Der behandelnde Arzt verordnete zunächst schwarzen Tee, dann Haferschleim in der Annahme eines infektiösen Darmkatarrhs. Der Junge war dann 3 Tage verstopft, hatte darauf aber wieder braune, geformte Stühle. Seit 2 Tagen jetzt wieder keinen Stuhlgang und seit gestern Temperaturen bis 38,5 und Klagen über Kopfschmerzen und Brechreiz.

Befund:

Es handelt sich um einen blassen, zarten Jungen in mäßigem Allgemeinzustand. Haut und Schleimhäute sind schlecht durchblutet, kein Ikterus. Die Zunge ist trocken, nicht belegt. Am Herzen ist über allen Ostien ein systolisches Geräusch zu hören. Die Leber überragt um einen halben Querfinger den Rippenbogen, ist nicht druckempfindlich. An den anderen Organen ist kein krankhafter Befund festzustellen. Im Urin ist Urobilin vermehrt.

Die Lebervergrößerung als Ausdruck einer Dekomposition von Seiten des Herzens aufzufassen, ist auf Grund genauester Untersuchung, einschließlich E. K. G., und bei der Lebhaftigkeit und Munterkeit des Jungen nicht berechtigt. Auch die Frage eines infektiösen Darmkatarrhs wurde geprüft, aber mit negativem Erfolg.

Der Junge bekam therapeutisch lediglich leichte, fettarme Kost. Urobilin und Bilirubin im Urin sind am 7. Klinikstage noch vermehrt, das Allgemeinbefinden aber bereits wesentlich gebessert. Am 10. Tage wird der Junge mit einer Gewichtszunahme von einem Kilogramm entlassen. Die Leber ist am Rippenbogen eben noch zu tasten. Es soll zunächst noch weiterhin Diät eingehalten werden.

Diagnose:

Latente, anikterische Hepatopathie.

Fall II.

Der 3jährige Karl-Heinz M. kommt zur Aufnahme, nachdem er 14 Tage zuvor mit Durchfall, Erbrechen und Fieber erkrankt war. Das Kind erhielt etwas zum Einnehmen, worauf vorübergehend Besserung eintrat. Das Kind ißt seitdem nicht mehr ordentlich und erbricht auch seit einigen Tagen wieder und klagt häufig über Leibschmerzen. Der Urin sei seit heute kaffeebraun und der Stuhl hell. Der Junge habe stark abgenommen.

Befund:

Der Junge ist zart und blaß, macht aber keinen besonders kranken Eindruck. Haut und Schleimhäute sind nur mäßig

durchblutet; lediglich an der Stirn leicht gelbliche Verfärbung. Die Zunge ist gelb-weiß belegt; die Leber am Rippenbogen zu tasten. Die anderen Organe zeigen keinen krankhaften Befund. Im Urin ist Bilirubin und Urobilinogen stark vermehrt; die Blutsenkung nur ganz wenig beschleunigt.

Der Junge erhält Karlsbader Salz, feucht-warme Leberwickel und fett-eiweißarme Kost. Die Leber zeigt in den ersten Tagen noch eine leichte Vergrößerung, die dann aber im Laufe der Behandlung wieder zurückgeht. Das Allgemeinbefinden bessert sich zusehends; der Urobilinogengehalt geht allmählich zurück. Der Junge wird am 17. Behandlungstage in gutem Allgemeinzustand entlassen. Die Leber ist jedoch noch immer $^1/_2$ Querfinger unterhalb des Rippenbogens zu tasten. Stärkerer Ikterus war nicht aufgetreten.

Diagnose:

Latente, anikterische Hepatopathie.

Fall III.

Gertrud F. (7 Jahre) kommt zur poliklinischen Untersuchung. Sie war vor 10 Tagen mit Fieber bis 39 Grad erkrankt und hatte über Schmerzen im rechten Oberbauch geklagt. Sie erhielt Tabletten gegen das Fieber und Wadenwickel. Eine Ursache der Erkrankung wurde nicht festgestellt. Nach einer geringen Besserung ging sie wieder zur Schule, aber zeitweise stellten sich die Schmerzen im rechten Oberbauch wieder ein. Sie hatte nie erbrochen und auch keinen Durchfall; der Stuhl sei immer braun gewesen; der Appetit war meist schlecht.

Befund:

Das Kind befindet sich in recht ordentlichem Ernährungszustand. Eine eingehende Untersuchung zeigt an krankhaften Befunden lediglich eine leichte Rötung des Rachens und eine Leber, die den Rippenbogen um 2 Querfinger überragt; bei der Palpation macht sich eine deutliche Abwehrspannung im rechten Oberbauch bemerkbar. Es besteht kein Ikterus, auch keine Verfärbung der Skleren. Die Urobilinogenprobe im Urin fällt positiv aus.

Das Kind soll zu Hause Bettruhe einhalten und bekommt neben Karlsbader Salz Traubenzucker, fettfreie Kost und feuchtwarme Leberwickel.

Befund 8 Tage später:

Das Kind hat keine Leibschmerzen mehr; habe stets guten Appetit (hat bereits 700 Gramm zugenommen). Die Leber steht noch einen Querfinger unterhalb des Rippenbogens, der Rand ist derb. Im Urin ist noch Bilirubin in Spuren nachweisbar. Die Therapie geht weiter.

Befund nach weiteren 8 Tagen:

Das Kind hat keinerlei Beschwerden mehr. Die Leber ist nicht mehr zu tasten; der Urin zeigt weder Urobilinogen noch Bilirubin. Die Blutsenkung ist normal.

Diagnose:

Latente, anikterische Hepatopathie.

Fall IV.

Die 10jährige Annemarie K. wird zur Beobachtung eingewiesen, da sie bereits vor 8 Wochen ohne erkennbare Ursache erkrankt ist. Sie klagte über Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen. Das Mädel sei im Wesen verändert, krittelig und schwer zu behandeln. Der Mutter fällt morgens ein starker Geruch aus dem Mund des Kindes auf. Fieber bestand nie; auch keine Gelbfärbung.

Befund:

Das Mädel befindet sich noch in recht gutem Allgemeinzustand, macht auch keinen kranken Eindruck. An den Organen ist kein krankhafter Befund zu erheben. Lediglich die Leber überragt um einen Querfinger den Rippenbogen, zeigt aber keine vermehrte Konsistenz. Im Urin ist die Urobilinogenprobe positiv. Senkung, Blutbild und Tuberkulinprobe zeigen keinen pathologischen Befund. Es besteht kein Ikterus.

Das Mädel erhält fettarme Kost. Am 3. Behandlungstage ist noch Bilirubin im Urin nachweisbar. Die Entlassung erfolgt bereits am 7. Tage; der Urin ist frei von Gallenfarbstoffen, das Allgemeinbefinden gut.

Man muß annehmen, daß die Hepatopathie schon länger bestand und jetzt bei Beginn der Behandlung bereits im Abklingen war.

Fall V.

Die 12jährige Käthe H. kommt zur poliklinischen Behandlung, da sie seit 8 Tagen an Uebelkeit, Brechreiz, Appetitlosigkeit und direktem Widerwillen gegen Essen leidet.

Befund:

Es handelt sich um ein zartes Mädchen, das wegen allergischer Bronchitis schon in klinischer Behandlung war. Bei genauer Untersuchung ergibt sich, daß die Leber 2 Querfinger unterhalb des Rippenbogens steht und druckempfindlich ist; die Zunge ist leicht belegt. Ikterus besteht nicht, auch Urobilinogen im Urin ist nicht nachweisbar. Trotzdem wird die Diagnose „latente anikterische Hepatopathie" gestellt, und die entsprechende Therapie verordnet.

Da nach 10 Tagen noch keine Besserung eingetreten ist, die Therapie aber wegen mangelnder häuslicher Pflege auch nicht durchgeführt wurde, soll klinische Behandlung erfolgen. Bei der Aufnahme, 2 Tage später, besteht jetzt deutlicher Hautikterus und Urobilinogenvermehrung im Urin; die Leber steht noch 2 Querfinger unterhalb des Rippenbogens und ist druckempfindlich. Unter der intensiven Behandlung mit Traubenzucker und Insulingaben, Karlsbader Salz, fettarmer Kost und Obst-Zuckertagen und warmen Umschlägen zeigt sich bald eine Besserung sowohl des Allgemeinbefindens als auch des Ikterus. Das Serum bei der Blutsenkung, das anfänglich deutlich gelb verfärbt war, zeigt bereits am 9. Behandlungstage wieder normale Farbe; auch der Urinbefund ist an diesem Tage wieder normal. Die Lebervergrößerung geht nur allmählich zurück; erst am 16. Tage schließt der Leberrand mit dem Rippenbogen ab. Die Entlassung wird durch eine hinzukommende Angina verzögert.

Diagnose:

Zunächst latente, dann manifest ikterische Hepatopathie.

Fall VI.

Die 6jährige Marianne Th. wird von der Mutter zur Untersuchung in die Poliklinik gebracht, da sie sich seit 4 bis 5 Wochen nicht mehr so recht wohl befinde, auch schlecht esse und nicht mehr spielen wolle. Vor 2 Tagen fühlte sich das Kind heiß an und habe über Schmerzen im rechten Oberbauch geklagt; habe aber nicht erbrochen.

Nach den anamnestischen Angaben und dem Allgemeinbefund wurde an eine anikterische Hepatopathie gedacht und zur Aufnahme geraten, die aber erst am nächsten Tage erfolgte. Nun war bereits eine leichte ikterische Verfärbung der Haut und der Skleren bemerkbar. Die Leber überragte um einen Querfinger den Rippenbogen, war aber nicht druckempfindlich. Im Urin war Urobilinogen stark vermehrt; das Blutserum deutlich gelb.

Unter Diät- und Wärmebehandlung, dabei Verabreichung von Karlsbader Salz, gingen die Erscheinungen schnell wieder zurück. Das Kind wurde frisch und munter und nahm in 14 Tagen 1060 Gramm an Gewicht zu. Nach 2 Wochen erfolgte die Entlassung in gutem Allgemeinzustand.

Diagnose:

Latente, anikterische Hepatopathie.

Fall VII.

Die 10jährige Käthe Hü. wird zur Behandlung eingewiesen, da sie über unregelmäßig auftretende Leibschmerzen klagt, die besonders in der Nabel- und Lebergegend lokalisiert waren, aber unabhängig vom Essen auftraten. Es bestand häufiger Brechreiz, jedoch nie Erbrechen. Der Stuhlgang sei unregelmäßig, aber braun gefärbt; der Urin sei zeitweise braun. Das Mädel hatte vor einem Jahr eine Gelbsucht durchgemacht, von der es sich nie recht erholt hatte.

Bei gründlichster Untersuchung läßt sich kein Anhaltspunkt für irgendeine krankhafte Veränderung finden. Die Leber überragt nicht den Rippenbogen; im Urin sind keine Gallenfarbstoffe nachweisbar. Der ganzen Anamnese nach muß jedoch eine „chronisch latente Hepatopathie" angenommen werden, was sich auch durch die erfolgreiche Therapie von fettarmer

Kost mit Einschaltung von Obst-Zuckertagen, Karlsbader Salz und feuchtwarmen Umschlägen bestätigen läßt. Das Mädel wurde beschwerdefrei in recht gutem Allgemeinzustand entlassen.

Fall VIII.

Marianne H. (7 Jahre) sucht die poliklinische Sprechstunde auf, da sie seit 4 Tagen an Appetitlosigkeit leidet; auch sei der Stuhl hell und der Urin braun gewesen.

Befund:

Bei der Untersuchung fällt ein ganz geringer Subikterus auf; die Leber steht 4 Querfinger unterhalb des Rippenbogens; die Zunge ist belegt und es besteht ein ziemlich starker Foetor ex ore. Der Urin zeigt vermehrt Urobilinogen und Bilirubin.

An der Diagnose „Hepatopathie" ist kein Zweifel. Unter der Behandlung mit Traubenzucker, fettfreier Diät und Karlsbader Salz tritt prompte Besserung der Beschwerden ein. Als sich das Kind nach 3 Wochen wieder vorstellt, steht lediglich die Leber noch 1 Querfinger unterhalb des Rippenbogens. Der Urinbefund ist wieder normal; das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert.

Fall IX.

Die 6jährige Edith L. wird wegen Paratyphusverdacht zur Behandlung eingewiesen.

Das Kind war 5 Tage zuvor an einer leichten Angina erkrankt, die sich aber schnell besserte. Vor 2 Tagen trat erneut Fieber auf mit Leibschmerzen in der Magengegend. Es bestand Verstopfung, kein Erbrechen. Der Arzt verordnete Rizinus, Tee und Schleim.

Befund:

Der Verdacht auf Paratyphus ließ sich bakteriologisch nicht bestätigen, und es wurde die Diagnose „latente, anikterische Hepatopathie" gestellt.

Die Leber war sehr derb und überragte um einen Querfinger den Rippenbogen. Im Urin waren keine Gallenfarbstoffe nachzuweisen; das Blutserum zeigte keine ikterische Ver.

färbung. Am 3. Behandlungstage entfieberte das Kind, der Stuhlgang wurde regelmäßig.

Das Kind erhielt Diät unter Einschaltung von Obst-Zuckertagen, Karlsbader Salz und feucht-warme Leberwickel. Es wurde am 8. Tage in hausärztliche Behandlung entlassen; es fühlte sich bereits frischer und der Appetit war wesentlich gebessert.

Fall X.

Die 10jährige Helma G. wird eingewiesen, da sie seit 14 Tagen über Schmerzen im ganzen Oberbauch klagt. Die Beschwerden sind unabhängig vom Essen; der Appetit ist schlecht; Stuhlgang nur etwa jeden 2. Tag von normaler Farbe. Das Mädel erbricht seit etwa 14 Tagen häufig und hat an Gewicht abgenommen. Den Eltern fällt auf, daß das Kind viel ruhiger geworden ist.

Anamnestisch ist eine Gelbsucht im vorhergehenden Jahre zu erwähnen. Der einweisende Arzt denkt an eine Leber- oder Gallenerkrankung.

Nach genauer klinischer Untersuchung muß diese Vermutung bestätigt werden, und es wird die Diagnose „anikterische Hepatopathie" gestellt. An Symptomen ergibt sich nur eine geringe Vergrößerung der Leber, die den Rippenbogen um $^1/_2$ Querfinger überragt und druckschmerzhaft ist. Im Urin ist kein Gallenfarbstoff nachweisbar. Die Blutsenkung ist niedrig. Das Mädel erhält nur Diät und wird bereits am 8. Tage beschwerdefrei entlassen.

Diagnose:

Abklingende, anikterische Hepatopathie.

Fall XI.

Der 4jährige Edgar F. wird eingewiesen wegen Verdacht auf Poliomyelitis oder Encephalitis. Am Vortage habe das Kind häufig erbrochen und über Leibschmerzen geklagt. Angeblich sei der Junge einige Male nach dem Erbrechen zusammengezuckt und etwas benommen gewesen. Die Temperatur war nicht erhöht.

Befund:

Für eine bestehende Poliomyelitis oder Encephalitis ergibt sich nach gründlichster klinischer Untersuchung keinerlei Anhaltspunkt. Dagegen überragt die Leber um $1^1/_2$ Querfinger den Rippenbogen, und im Urin ist Urobilinogen leicht vermehrt. Dazu tritt am folgenden Tage noch eine leichte ikterische Verfärbung der Skleren und eine zunehmende Vergrößerung der Leber. Damit ist die anfänglich gestellte Diagnose „latente, anikterische Hepatopathie" bestätigt, die Erkrankung aber bereits in das ikterische Stadium übergegangen.

Die Behandlung wird in der üblichen Weise durchgeführt; das Kind muß aber nach wenigen Tagen auf Wunsch der Eltern gegen ärztlichen Rat entlassen werden.

Wenn man die vorliegenden Fälle überprüft, so fällt immer wieder auf, daß fast alle Kinder wegen unklarer Bauchbeschwerden, Appetitlosigkeit, Brechreiz oder auch Erbrechen zur Behandlung kommen. Bei mehreren zeigen sich auch Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang, teils Durchfälle, teils Verstopfung. Besteht die Erkrankung schon länger, so werden auch Gewichtsabnahmen angegeben. Bei andern Kindern kommt häufig noch eine Wesensänderung mit Mißstimmung dazu und Klagen über Kopfschmerzen. Das Auftreten von Temperaturen ist keineswegs immer zu beobachten. Bei einem Kinde geht eine Angina voraus. Nur bei 2 Fällen ist anamnestisch eine vor Jahresfrist durchgemachte Gelbsucht beachtenswert, die aber bei beiden anscheinend nicht vollkommen zur Ausheilung gekommen war. Ein Fall wird sogar als Encephalitisverdacht eingewiesen; vermutlich, weil der Junge nach dem Erbrechen kurz benommen gewesen sein soll. In der Literatur ist aber bekannt, daß sich die Mattigkeit bei der Hepatopathie gelegentlich zu Somnolenz und einem schweren cerebralen Zustand steigern kann. Dies war hier jedoch keineswegs der Fall.

Betrachten wir nun die angeführten Fälle in Bezug auf die klinischen Symptome, so zeigt sich als konstantester Befund eine Leberschwellung; bei fast allen Kindern überragt die Leber den Rippenbogen um 1 bis 2 Querfinger. Druckschmerzhaftig-

keit ist jedoch nicht regelmäßig zu beobachten, wie auch eine Konsistenzvermehrung, die aber sicher subjektivem Ermessen unterworfen ist, nur teilweise festgestellt wurde. Bei 6 Fällen ist die Urobilinogenprobe positiv; aber auch bei den restlichen Fällen wird trotz des Versagens die Diagnose auf Grund der andern Symptome gestellt.

Es sind hier nur die Fälle aufgeführt, bei denen zur Zeit der Diagnosestellung noch kein Ikterus vorhanden war. So sind Fall 5 und 6 erwähnenswert. Bei beiden Kindern ist der Uebergang des Stadiums der latenten, anikterischen Hepatopathie in das Stadium der manifest ikterischen Hepatopathie deutlich sichtbar. Wohl wurde bei Fall 5 bereits die Therapie eindeutig festgelegt, jedoch nicht durchgeführt, so daß ein deutlicher Ikterus und eine positive Urobilinogenprobe als weitere Symptome aufgetreten waren, als das Kind schließlich zur klinischen Behandlung kam.

Bei Fall 6 erfolgte aus unbekanntem Grunde nicht die sofortige Aufnahme, und bereits am folgenden Tage ist ein leichter Ikterus aufgetreten. Auch bei Fall 11 tritt in den ersten Tagen der Behandlung noch ein Ikterus und eine weitere Lebervergrößerung auf. Diese 3 Fälle zeigen die Möglichkeit des Ueberganges von einem Stadium in das andere. Jedes Stadium kann jedoch auch ein isoliertes Krankheitsgeschehen für sich bleiben, ohne daß andere Stadien folgen; und in jedem Stadium besteht die Möglichkeit des Stillstandes und des Rückganges und der vollständigen Regeneration.

Fall 7 zeigt, daß es auch Fälle gibt, bei denen keinerlei objektive Befunde zu erheben sind und doch die Diagnose Hepatopathie gestellt werden muß. Nahegelegt ist in diesem Falle allerdings die Vermutung dadurch, daß vor einem Jahre eine Gelbsucht vorausgegangen war, und so die Annahme berechtigt erscheint, daß es sich hier um ein akutes Rezidiv einer chronischen Erkrankung handelt. Die erfolgreiche Therapie rechtfertigte auch hier die Diagnosestellung.

Durch die Beobachtung dieser klinischen Fälle wird die Auffassung von Pielsticker und Wolf gestützt, die besagt, daß bei den anikterischen Hepatopathien das führende Symptom

die vergrößerte und häufig druckschmerzhafte Leber ist. Die Urobilinogenprobe, die Kleinschmidt für wertvoller hält, hat in mehreren Fällen versagt, während die Lebervergrößerung auch dann stets vorhanden war. Führt bereits die Anamnese mit Angaben über dyspeptische Erscheinungen und unbestimmten subjektiven Klagen zur Vermutung eines Leberschadens, so kann die Diagnose „Hepatopathie" bei Vorhandensein eines dieser vorgenannten Symptome schon gestellt werden. Und doch entgehen immer noch gerade draußen in der Praxis viele dieser Erkrankungen der richtigen Diagnosestellung, obwohl keinerlei komplizierte Untersuchungsmethoden erforderlich sind. Das häufige Denken an diesen verkappten Leberschaden wird, mit sachlicher Kritik verbunden, die Annahme eines solchen Zustandes erheblich vermehren und viele seither unklare Fälle einer sicheren Therapie zuführen.

Literaturangabe.

H. Eppinger: Die Leberkrankheiten, 1937.

v. Bergmann: Lehrbuch, 3. Aufl. 1936.

H. Kleinschmidt: Kinderärztliche Praxis, 1936 VII.

P. Selander: Kinderärztliche Praxis, 1937 VIII.

Pielsticker: Monatsschrift für Kinderheilkunde, XXX.

Loeschke: Jahrbuch der Kinderheilkunde, 146.

Popovici-Lupa u. Petrescu-Coman: Monatsschrift für Kinderheilkunde, Band 70.

Wolf: Klin. Wochenschrift, 1937 I.

Degkwitz: Lehrbuch der Kinderheilkunde.

Lebenslauf.

Am 16. Juni 1911 bin ich, Elsbeth Kalbfleisch geb. Will, als Tochter des Wirtschaftsprüfers Hermann Will und seiner Frau Gertrud geb. Balser in Gießen geboren.

Von Ostern 1918 bis Ostern 1928 besuchte ich das Lyzeum in Gießen und darauf die Studienanstalt in Gießen. Dort bestand ich im Februar 1931 die Reifeprüfung.

Während meines Medizinstudiums hörte ich an folgenden Universitäten: SS 1931 Wien, WS 1931/32 bis einschließlich SS 1933 Gießen, WS 1933/34 Freiburg, SS 1934 Kiel, WS 1934/35 bis SS 1936 Gießen. Ende des Sommersemesters 1933 legte ich in Gießen die ärztliche Vorprüfung ab und bestand dort auch in der Prüfungszeit vom 15. September 1936 bis 8. Dezember 1936 mein Staatsexamen. Mein praktisches Jahr leistete ich in der Zeit vom 15. Dezember 1936 bis 15. Dezember 1937 in der Universitäts-Kinderklinik zu Gießen ab. Nach Erlangung der Approbation war ich in meinem Berufe nicht mehr tätig. Seit dem 15. Mai 1937 bin ich mit Dr. jur. Kalbfleisch verheiratet.